

5. Полищук Л. Миф о социальном капитале в России [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.forbes.ru/-column/54307-mif-o-sotsialnom-kapitale-rossii> - Дата обращения: 23.12.11 г.

Клейменов М.В.,
г. Екатеринбург

КОЛЛЕГИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В СИСТЕМЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

Социальное взаимодействие будем рассматривать как обмен (интеракцию) социальными действиями, которые наполнены определенным смыслом и облачены в определенные символы, участвующих агентов (субъект и объект).

В социальном взаимодействии выделен субъект и объект.

Субъект – это агент взаимодействия, стимулирующий, задающий направленность социального взаимодействия.

Объект – это агент взаимодействия, реагирующий на стимул субъекта.

В процессе взаимодействия субъекты и объекты могут активно меняться местами.

Субъект-объектное взаимодействие – такое взаимодействие, где один агент является преимущественно субъектом по отношению к другому, который является преимущественно объектом. В данном случае могут влиять разные социальные статусы участников взаимодействия.

Субъект-субъектное взаимодействие - такое взаимодействие, где оба агента являются примерно равными, реакции становятся важными стимулами.

Система сельского здравоохранения представляет собой сеть медицинских учреждений, расположенных в сельских поселениях,

выполняющих свою главную функцию охраны здоровья пациентов сельской местности.

В ноябре 2011 года нами было проведено исследование, посвященное вопросу взаимодействия медицинского персонала и пациентов в сельских поселениях Далматовского района Курганской области. В нашем исследовании мы использовали теорию взаимодействия «медик-пациент» американского биоэтика Роберта Витча [1].

Выделяется четыре модели взаимодействия медицинского работника и пациента.

Во-первых, инженерный тип взаимодействия, в рамках этой модели пациент воспринимается медиком как безличный механизм. Медицинский работник обязан исправить отклонения в неисправном физиологическом механизме. Основным недостатком этого типа взаимодействия является технократический подход к пациенту, который противоречит идее уважения прав и достоинства личности. Пациент фактически не участвует в обсуждении процесса лечения. В современном здравоохранении медик действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции. Примером может служить стоматологическая клиника, офтальмологическая клиника.

Во-вторых, патерналистский тип взаимодействия, где межличностные отношения здесь подобны отношениям отца и ребёнка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту – любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Они отражены в клятве Гиппократа. В современной медицине такая модель является одной из предпочтительных и распространенных. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник-подчиненный», где устанавливается жесткий непоколебимый авторитет медработника.

В-третьих, коллегиальный тип взаимодействия, где господствует принцип равноправия. Медицинский работник сообщает правдивую

информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между медиком и пациентом скорее исключение из правила. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента [2]. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно при хронических заболеваниях.

В-четвертых, контрактный тип взаимодействия, где медик и пациент осуществляют отношения на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с медицинским учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несет свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место.

Объектом нашего исследования являются сельские жители сельских поселений Далматовского района Курганской области: пациенты медицинских учреждений и медицинских персонал данных медучреждений.

Важным аспектом нашего исследования является социальная дистанция между медицинским работником и пациентом в условиях системы сельского здравоохранения. Под социальной дистанцией, мы, прежде всего, понимаем расположение субъектов взаимодействия в социальном пространстве (близость или отчужденность субъектов друг от друга). Была высказана исследовательская гипотеза о меньшей социальной дистанции в условиях системы сельского здравоохранения. Наиболее подходящей для взаимодействия «медик-пациент» мы считаем коллегиальную модель Роберта Витча, которая отражает обоюдную близость субъектов взаимодействия, вбирает такие характеристики как равноправие, право выбора, обоюдное уважение субъектов, терпимость, компромисс.

По данным исследования мы выяснили, что коллегиальную модель медработника предпочитают как 37% опрошенных пациентов, так и 8 из 10 респондентов, представителей общности медперсонала. Опрошенные пациенты и медицинские работники подтвердили, что коллегиальная модель взаимодействия «работает» в условиях системы сельского здравоохранения.

Пациенты и медицинский персонал заинтересованы в наиболее тесном взаимодействии, которое даст «взвешенное» решение о лечении заболевания, принимающееся не только медицинским специалистом, но и самим пациентом (больным). Должны быть учтены не только медицинские профессиональные знания, но и знания повседневных практик пациентов, выраженных через понимание собственного образа жизни, особенностей своего организма и т.п.

Так Т.В. Константинова [3] сделала такие выводы из проведенного ей и её коллегами исследования по проблеме взаимодействия «медик-пациент», что стиль и направленность во взаимодействии «медик-пациент» опосредованы профессиональными специализациями медицинского работника и его социально-психологическими качествами личности.

Выявлено, что врачи-хирурги проявляют авторитарный стиль взаимодействия и авторитарную направленность в общении; врачи-терапевты – манипулятивную направленность в общении и такие стили взаимодействия как эгоистичный и агрессивный; врачи-невроги – индифферентную направленность в общении, и для врачей-неврологов мужского пола характерен авторитарный стиль взаимодействия, для врачей-неврологов женского пола – эгоистичный стиль взаимодействия.

В исследовании А.В. Решетникова, С.А. Ефименко [4, 246], проводимом в Москве и городах московской области, выявлено, что доля пациентов, конфликтующих с медработниками, составляет примерно одну треть (32%) респондентов, а в нашем исследовании, где опрашивались сельские жители, доля конфликтующих едва достигает 18%. В исследовании выше упомянутых авторов выяснилось, что пациенты (городские жители)

склонны делать попытки завести дружбу с медиками, но городские медработники не проявляют взаимной склонностью к дружбе в пациентами, а предпочитают относиться к ним отстраненно, как к посторонним, что в свою очередь, как отмечают исследователи, приводит к формированию у пациентов недоверия к действиям медиков, подозрительности, «слежке» за медицинской деятельностью. В исследовании данных авторов отмечается инженерная модель взаимодействия, и патерналистская модель в форме «начальник-подчиненный». В обеих моделях действия пациента заключаются в непротивлении деятельности медика. Медик решает проблемы пациента такими путями, которыми располагает медицинская наука и этика.

В нашем исследовании опрашивалось 10 медицинских работников, работающих в сельских поселениях, среди которых был 1 врач (терапевт), 3 фельдшера и 6 медсестер. Специфика сельских медучреждений заключается в отсутствии узкоспециализированных медиков. Пациентов сельских поселений должен обслуживать либо специалист общего плана (врач общей практики), либо «простой» фельдшер, обладающий куда меньшими знаниями и умениями по сравнению с тем же врачом общей практики.

Отсутствие в системе сельского здравоохранения узкоспециализированных медицинских работников способствует преобладанию коллегиальной модели взаимодействия «медик-пациент». Медицинские работники, оказывающие общую медицинскую помощь, предрасположены к взаимодействию на основе коллегиальной модели.

В нашем исследовании мы выяснили, что оба агента взаимодействия выбрали коллегиальную модель медицинского работника в качестве активно действующей в реальности. Опрошенные пациенты и медработники положительно относятся к вызовам медперсонала на дом, проявляют высокое доверие и способность к компромиссам, то следует высказать мнение о том, что между медперсоналом и пациентами установлены тесные социальные связи, социальная дистанция между двумя субъектами взаимодействия небольшая. Хотя социальная дистанция, являющаяся

характеристикой положения индивидов и социальных групп в социальном пространстве и следствием исключительности социальных групп [5], существует между медперсоналом и пациентами, поскольку субъекты взаимодействия занимают разные социальные статусы. Но следует учесть, что в некотором смысле социальная дистанция помогает медицинским работникам и пациентам, поскольку непрофессионал (пациент) при обращении за помощью к профессионалу (медработнику) должен испытывать уважение (авторитет) медицинскому работнику.

Литература

1. Введение в биоэтику. Ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко М. 1998
2. Познавательные материалы о взаимоотношениях врача и пациента — И.А. Тогунова и С.В. Шпилиной. Ольга Дарсавелидзе.
3. Электронный доступ: <http://www.newslab.ru/print/301122>
4. В диаде «Врач-больной». Т.В. Константинова. Московский врач: тренинги для медицинских клиник.
5. Электронный доступ: http://medtrainer.ru/view_page.php?page=74&ID=2
6. А.В. Решетников, С.А. Ефименко. Социология пациента. М.: Здоровье и общество, 2008. С.246.
7. Категория социальной дистанции в творчестве Г. Зиммеля. А.Н. Гусев. Электронный доступ: www.isras.ru/files/File/Socis/2009-04/Gusev.pdf

Криночкина Л.П.,
г. Екатеринбург

НОВОЕ КАЧЕСТВО ПОТРЕБЛЕНИЯ В РОССИИ

Сегодняшний уровень потребления товаров и услуг в России, несмотря на явное отставание от западного уровня потребления, можно назвать своего рода достижением для нашей страны. Переход к рыночной экономике без